|  |
| --- |
| 事業譲渡証明書年　　月　　日豊橋市保健所長　様譲渡者　住　　所　氏　　名名称及び代表者氏名　譲受者　住　　所氏　　名名称及び代表者氏名　　　　　　　　　　　　下記の営業の全部を譲渡・譲受したことを証明します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　 記１　営業の種類２　営業所名称３　営業所所在地４　許可（確認）年月日５　許可（確認）番号６　譲渡年月日 |